

ACCUEIL DE LOISIRS DE VERTON  
RENTREE SCOLAIRE 2024 - 2025

FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON

1 - ENFANT  
NOM : \_\_\_\_\_  
PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
GARÇON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LES ACTIVITES DE L'ENFANT :  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphthérie           |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| Ou DT polio          |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |
| Ou Tétracoq          |     |     |                            |                            |       |
| BCG                  |     |     |                            |                            |       |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| RUBÉOLE   | VARICELLE   | ANGINE  | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ                               | SCARLATINE  |
|---|---|---|---|---|
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE  | OTITE   | ROUGEOLE  | OREILLONS   |   |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |   |

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐ AUTRES : .....

SI OUI, PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE, LES SIGNES ÉVOCATEURS ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

VOTRE ENFANT PRÉSENTE-T-IL UNE SITUATION DE HANDICAP ?  
SI OUI, PRÉCISEZ :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :  
LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ

.....  
.....  
.....  
.....

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

oui ☐ non ☐

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE RÉGLÉE ?

oui ☐ non ☐

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) : .....

.....

TÉL. DOMICILE : ..... TÉL. PORTABLE : .....

TÉL. BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT : .....

N°DE SECURITE SOCIALE : .....

MUTUELLE : .....

Je, soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ..... Signature : .....

OBSERVATIONS FAITES DURANT LE SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera son nom, adresse et n° de téléphone)  
PAR LE RESPONSABLE DE L'ACCUEIL DE LOISIRS (qui indiquera son nom et adresse)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....